

**Комиссия по разработке
территориальной программы ОМС в
Удмуртской Республике**

ул. Репина, 22, г.Ижевск, 426035

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

О ПРЕКРАЩЕНИИ ДЕЙСТВИЙ (БЕЗДЕЙСТВИЯ),

КОТОРЫЕ СОДЕРЖАТ ПРИЗНАКИ

НАРУШЕНИЯ АНТИМОНОПОЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

В действиях Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Удмуртской Республике, выразившихся в необоснованном перераспределении объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» в 2022 году, в частности сокращении объемов медицинской помощи для ООО «Центр репродуктивного здоровья» (далее – ООО «ЦРЗ», Общество) , как медицинской организации, не имеющей прикрепленного населения, в пользу других медицинских организаций, а также выразившихся в применении непрозрачного механизма распределения объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, содержатся признаки нарушения пункта 8 части 1 статьи 15 Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции» (далее - Закон о защите конкуренции), поскольку названные действия привели к созданию дискриминационных условий на рынке оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), поставив ООО «ЦРЗ» в неравное положение с иными медицинскими организациями, оказывающими медицинские услуги в рамках программы ОМС.

В Удмуртское УФАС России из ФАС России поступило заявление ООО «ЦРЗ» с жалобой на действия Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Удмуртской Республике (далее – Комиссия), выразившиеся в распределении объемов оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС, по мнению заявителя, на дискриминационных началах, а также на бездействие Правительства Удмуртской Республики, выразившееся в неприятии мер для распределения указанных объемов на недискриминационных началах (исх.№88/22 от 25.07.2022; вх.№4681 от 10.08.2022).

Из заявления следует, что в 2022 году по сравнению с 2021 годом ООО «ЦРЗ» были уменьшены объемы оказания специализированной медицинской помощи на 51,3% по профилям «акушерство и гинекология за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности», «акушерство и гинекология с использованием

вспомогательных репродуктивных технологий» в условиях круглосуточного и дневного стационаров. При этом объемы оказания медицинской помощи ООО «Больница для всей семьи» увеличены на 303%, ООО «МЦ Доктор Плюс» - фактически оставлены без изменений.

Число объемов оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности» в условиях дневного стационара уменьшено на 10%, по профилю «акушерство и гинекология с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» уменьшено на 9,4%, что аналогично уменьшению объемов ООО «Клиника Нуриевых Ижевск». При этом объемы оказания медицинской помощи БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» увеличены на 17,6%.

По мнению заявителя, Комиссия поставила ООО «ЦРЗ» в неравные условия по сравнению с другими медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на рынке вышеуказанных медицинских услуг, распределение объемов оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС осуществляется произвольно, отсутствует четкий механизм объективного и справедливого распределения объемов медицинским организациям.

По результатам рассмотрения заявления и предоставленных документов установлено, что ООО «ЦРЗ» обратилось в Комиссию с заявкой с целью выделения Обществу объемов медицинской помощи в сфере гинекологии и репродуктивного здоровья в рамках территориальной программы ОМС на 2022 год.

В соответствии с пунктом 2 решения Комиссии от 29.12.2021 №16 установленные ранее объемы предоставления специализированной медицинской помощи по территориальной программе ОМС на 2021 год для ООО «ЦРЗ» оставлены без изменения.

Согласно пункту 3.6 решения Комиссии от 29.12.2021 №16 объемы предоставления специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, на 2022 год ООО «ЦРЗ» выделены в размере (приложение №16):

- акушерство и гинекология за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности – 113;
- хирургия – 1;
- урология – 8.

Согласно пункту 3.9 решения Комиссии от 29.12.2021 №16 объемы предоставления медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов, на 2022 год ООО «ЦРЗ» выделены в размере (приложение №19):

- акушерство и гинекология за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности – 87;
- акушерство и гинекология с использованием вспомогательных репродуктивных

технологий – 188;

- хирургия – 5;

- урология – 7.

Объемы медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», оказываемой в условиях круглосуточного стационара, за 2021 год ООО «ЦРЗ» составили 232 случая, за 2022 год – 113 случаев.

Объемы медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», оказываемой в условиях дневного стационара, за 2021 год ООО «ЦРЗ» составили 305 случаев, за 2022 год – 175 случаев.

В соответствии с примечанием к приложению №11 решения Комиссии от 29.12.2021 №16, а также исходя из письменных пояснений Комиссии (исх. №11705/12-10 от 06.09.2022; вх.№5334 от 06.09.2022), объемы предоставления медицинской помощи распределены между медицинскими организациями исходя из количества застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям. В ООО «ЦРЗ» объемы не распределены в связи с отсутствием прикрепленного населения.

14.01.2022 ООО «ЦРЗ» обратилось в Комиссию с целью получения разъяснений относительно обоснованности уменьшения объемов специализированной медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности», «акушерство и гинекология с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» в условиях круглосуточного и дневного стационаров для Общества в 2022 году (исх.№08/22 от 14.01.2022).

В ответ Комиссией указано, что распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями проводится в соответствии с нормативами объема оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС и распределяется с учетом потребности застрахованных в Удмуртской Республике лиц с соблюдением трехуровневой системы, критериев, с учетом предложений главных внештатных специалистов, специалистов Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, специалистов ТФОМС Удмуртской Республики (исх.№В5-01-66/0057 от 15.02.2022). Объем медицинской помощи на 2022 год определен с понижающим коэффициентом по нормативу с учетом уменьшения численности застрахованного населения Удмуртской Республики. При распределении объемов между частными медицинскими организациями, работавшими в системе ОМС в 2021 году, применялся подход равного распределения объемов по одному и тому же заявленному профилю, а впервые заявившимся -10% от объемов, определенных ранее участвовавшим частным медицинским организациям.

Также 14.02.2022 ООО «ЦРЗ» обратилось в ТФОМС Удмуртской Республики с целью получения разъяснений о порядке расчета и применения к медицинской организации критериев при определении коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях стационара, установленных Тарифным соглашением в сфере ОМС на территории Удмуртской Республики на 2022 год

(исх.№25/22 от 14.02.2022).

ТФОМС, в ответ на данное обращение, указано, что при оплате медицинской помощи учитываются уровни медицинских организаций с учетом трехуровневой системы, отдельные структурные подразделения медицинской организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, могут иметь различные коэффициенты уровня/подуровня (исх.№1253/14-10 от 01.03.2022).

Отношения в сфере ОМС регулируются Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 326), Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ №323), Федеральным законом от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» и иными нормативными правовыми актами.

Полномочия и ответственность органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан определяются ФЗ №323 (пункт 3 статьи 1 поименованного Закона).

В соответствии со статьей 19 ФЗ №323 каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, предоставляемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Согласно пункту 11 статьи 2 ФЗ №323 медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. Положения настоящего Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. В целях настоящего Федерального закона к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

В силу части 1 статьи 81 ФЗ №323 в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, а также правовое положение субъектов и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения

их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование, регулируются ФЗ №326.

Согласно статье 9 ФЗ №326 субъектами обязательного медицинского страхования являются застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд, а также участники обязательного медицинского страхования, к которым относятся территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации.

В соответствии со статьей 15 ФЗ №326 для целей настоящего Федерального закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - реестр медицинских организаций), в соответствии с настоящим Федеральным законом:

- 1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями. Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети «Интернет» (ч. 2 ст. 15 ФЗ №326).

С учетом изложенного, медицинская организация, как участник обязательного медицинского страхования участвует в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В силу подпункта 1 пункта 1 статьи 20 ФЗ №326 медицинская организация имеет право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и в иных случаях, предусмотренных ФЗ № 326.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского

страхования определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи (п. 6 ст. 36 ФЗ №326).

Из содержания ч. 9 ст. 36 ФЗ №326 следует, что для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

Распоряжением Правительства Удмуртской Республики от 05.09.2011 № 726-р создана Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Удмуртской Республике.

Согласно п. 10 ст. 36 ФЗ №326 объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленные в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.

С 29.05.2019 введены в действие Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее - Правила № 108н).

Приложение № 1 к Правилам № 108н содержит Положение о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Положение о деятельности комиссии).

Порядок распределения и корректировки объемов медицинской помощи, обстоятельства, подлежащие учету при их проведении, установлены в пунктах 8, 9 Положения о деятельности комиссии.

Согласно п. 11 Положения о деятельности Комиссии распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется Комиссией по следующим критериям:

1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и показателей

объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

2) показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц;

3) количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг;

4) соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями каждой медицинской организации;

5) необходимость и возможность внедрения новых медицинских услуг или технологий;

6) наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;

7) достаточность мощности медицинской организации для выполнения объемов медицинской помощи, заявленных медицинской организацией в уведомлении об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Также установлено, что при распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями критерии рассматриваются Комиссией комплексно.

Таким образом, Комиссия уполномочена распределять нормативные, установленные территориальной программой объемы медицинской помощи в отношении предстоящего периода исполнения принятой Территориальной программы обязательного медицинского страхования, с учетом всего комплекса характеристик потребности населения Удмуртской Республики в объемах медицинской помощи.

Решение о выделении (корректировке) каждому медицинскому учреждению конкретного объема медицинской помощи должно быть мотивировано как принципами сбалансированности распределения медицинской помощи между медицинскими учреждениями региона в пределах установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, так и показателями, применимыми к данному лечебному учреждению.

Установлено, что ООО «ЦРЗ» включено в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского

страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики в 2022 году.

Распределение объемов медицинской помощи отнесено в соответствии с пунктом 10 статьи 36 ФЗ №326 к компетенции Комиссии и должно осуществляться в соответствии с установленными критериями. Таким образом, определение конкретных объемов медицинской помощи для каждой медицинской организации осуществляется решением Комиссии, которое, вместе с тем, должно быть мотивированным.

Однако в содержании протокола №16 от 29.12.2021, фиксирующего решение Комиссии ТФОМС УР о распределении объемов предоставления медицинской помощи по территориальной программе ОМС на 2021-2022 год, отсутствует мотивированное обоснование уменьшения объемов предоставления медицинской помощи по Территориальной программе ОМС на 2022 для ООО «ЦРЗ» и увеличения объемов другим медицинским организациям.

Более того, анализ вышеприведенных норм свидетельствует о необходимости комплексного учета Комиссией вышеприведенных критериев распределения объемов медицинской помощи. Действующее законодательство не наделяет Комиссию правом по установлению приоритета того или иного критерия в целях распределения объемов медицинского помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования (пункт 6 статьи 39 ФЗ №326 в редакции, действующей до 01.01.2021).

С 01.01.2021 указанная норма действует в редакции Федерального закона от 08.12.2020 № 430-ФЗ «Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 ФЗ № 326, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи».

Согласно пункту 121 Правил № 108н, в соответствии с частью 6 статьи ФЗ № 326 оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 ФЗ № 326, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения

(далее - контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи) и в соответствии с порядком, установленным Правилами № 108н, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

Из содержания п. 143 Правил №108н следует, что оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи, определенным в тарифном соглашении, заключенном в соответствии с частью 2 статьи 30 ФЗ № 326, в том числе, в качестве одного из вариантов указано на возможность оплаты медицинской помощи за законченный случай, медицинскую услугу, вызов оплата медицинской помощи осуществляется на основании счета и реестра счета на оплату медицинской помощи, сформированного на каждый случай, медицинскую услугу, вызов и тарифа на оплату указанной медицинской помощи.

Согласно действовавшим на момент принятия Комиссией решения методическим рекомендациям Минздрава России по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо № 11-7/И/2-20691, ФФОМС № 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020) (далее - Методические рекомендации) первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. Субъектами Российской Федерации на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов, учитывая приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

Из п. 2 Раздела II Методических рекомендаций следует, что при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара (за исключением специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти), в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи применяются следующие способы оплаты:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу (КСГ));

за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований,

оказании услуг диализа.

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Согласно Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной Постановлением Правительства Удмуртской Республики от 30.12.2020 № 661, территориальная программа ОМС является составной частью Территориальной программы государственных гарантий. При реализации Территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), а также в условиях дневного стационара:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 16 к Территориальной программе госгарантий.

Аналогичные способы оплаты содержатся в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных Минздравом России (письмо № 11-7/И/2-1619, ФФОМС № 00-10-26-2-06/750 от 02.02.2022), Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства УР от 21.01.2022 № 7.

Названным положениям корреспондирует Раздел II Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики, которым предусмотрено, что оплата медицинской помощи,

оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании предоставленных медицинской организацией персонифицированных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС в Удмуртской Республике, по установленным Тарифным соглашением тарифам на оплату медицинской помощи. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи.

Ранее Минздравом уже были даны разъяснения от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 (пункт 5 раздела «Формирование территориальной программы обязательного медицинского страхования»), согласно которым медицинским организациям, не имеющим застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования, с учетом мощности медицинской организации, профилей медицинской помощи, врачебных специальностей, видов медицинской помощи, условий ее оказания.

Совокупность правового регулирования, последовательно сформулированного законодателем как на федеральном уровне, так и на уровне субъекта Российской Федерации – в Удмуртской Республике, не содержит ограничений по выделению объемов оказания медицинской помощи медицинским организациям, не имеющим прикрепившихся лиц.

Более того, оказание медицинской помощи медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц, не свидетельствует о неэффективности деятельности таких организаций и невозможности реализации заявленных ими объемов медицинской помощи по выбранным специальностям (профилям) врачей.

Анализ объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой в условиях круглосуточного стационара на 2021 и 2022 годы свидетельствует о том, что объемы оказания медицинской помощи по гинекологическому профилю для государственных медицинских организаций увеличены на 18% в 2022 году относительно 2021, для частных медицинских организаций снизились на 2,1%, для ООО «ЦРЗ» снизились на 51%. Согласно данным по объемам медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой в условиях дневного стационара на 2021 и 2022 годы, объемы оказания медицинской помощи по гинекологическому профилю для государственных медицинских организаций увеличены на 43% в 2022 году относительно 2021, для частных медицинских организаций снизились на 51%, для ООО «ЦРЗ» снизились на 58%.

Представленные Министерством здравоохранения Удмуртской Республики письменные пояснения № 11705/12-10 от 06.09.2022 не содержат каких-либо пояснений о методике расчета объемов медицинской помощи, выделяемой медицинским организациям, доказательств распределения объемов по предусмотренным критериям на недискриминационных условиях. Напротив, из данных пояснений следует, что объемы ООО «ЦРЗ» перераспределены ЧУЗ «РЖД

Медицина» и ООО «Доктор плюс Балезино» как объемы медицинской помощи по специальности врач-акушер-гинеколог, оказываемой в амбулаторных условиях, поскольку у указанных медицинских организаций есть прикрепленное население. То есть в данном случае Комиссия при распределении объемов медицинской помощи руководствовалась лишь одним критерием, а не всеми комплексно.

Кроме того, Комиссия, объясняя ООО «ЦРЗ» снижение объемов медицинской помощи, указывает, что причиной является уменьшение численности застрахованного населения Удмуртской Республики. При этом данный довод не объясняет значительное одновременное увеличение объемов медицинской помощи для государственных медицинских организаций.

Также Комиссия указывает, что при распределении объемов между частными медицинскими организациями, работавшими в системе ОМС в 2021 году, применялся подход равного распределения объемов по одному и тому же заявленному профилю, а впервые заявившимся -10% от объемов, определенных ранее участвовавшим частным медицинским организациям. Данный порядок распределения объемов медицинской помощи между частными медицинскими организациями также не учитывает критерии, определенные Положением о деятельности Комиссии.

Не является прозрачным и то, какой вес при определении объемов медицинской помощи имеют мнения (предложения) главных внештатных специалистов, специалистов Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, специалистов ТФОМС Удмуртской Республики. Комиссия не раскрывает сам механизм распределения объемов медицинской помощи, методику расчета объемов медицинской помощи на основе комплексной оценки критериев, не обозначает, какие показатели являются определяющими, что приводит к невозможности выводов о справедливом, объективном распределении объемов медицинской помощи медицинским организациям на недискриминационных условиях.

При изложенных обстоятельствах, действия Комиссии по перераспределению объемов оказания медицинской помощи на 2022 год по профилю «Акушерство и гинекология» фактически являются необоснованными.

Как разъяснил Верховный Суд Российской Федерации в пункте 35 постановления Пленума от 04.03.2021 № 2 «О некоторых вопросах, возникающих в связи с применением судами антимонопольного законодательства» (далее - Постановление № 2) антимонопольным законодательством органам публичной власти запрещается создание дискриминационных условий: условий доступа на товарный рынок, условий производства, обмена, потребления, приобретения, продажи, иной передачи товара, при которых хозяйствующий субъект или несколько хозяйствующих субъектов поставлены в неравное положение по сравнению с другим хозяйствующим субъектом или другими хозяйствующими субъектами (пункт 8 статьи 4, пункт 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции). При проверке того, являются ли созданные для хозяйствующих субъектов и подлежащие применению (применяемые) к ним условия деятельности дискриминационными (нарушающими принцип равенства), необходимо давать оценку объективности критериев, по которым проводится дифференциация прав и обязанностей хозяйствующих субъектов, наличие

законной цели в действиях органов публичной власти при установлении различий в условиях деятельности хозяйствующих субъектов и реализации их прав.

Распределение объемов оказания медицинской помощи между медицинскими организациями должно осуществляться Комиссией не произвольно, а в соответствии с законодательно закрепленными критериями, в связи с чем решение о выделении каждой медицинской организации конкретного объема медицинской помощи должно быть мотивировано не только принципами сбалансированности распределения медицинской помощи между медицинскими организациями субъекта Российской Федерации в пределах установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, но и показателями, применимыми к конкретной медицинской организации.

В соответствии с пунктом 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции федеральным органам исполнительной власти, органам государственной власти субъектов Российской Федерации, органам местного самоуправления, иным осуществляющим функции указанных органов органам или организациям, организациям, участвующим в предоставлении государственных или муниципальных услуг, а также государственным внебюджетным фондам, Центральному банку Российской Федерации запрещается принимать акты и (или) осуществлять действия (бездействие), которые приводят или могут привести к недопущению, ограничению, устранению конкуренции, за исключением предусмотренных федеральными законами случаев принятия актов и (или) осуществления таких действий (бездействия), в том числе созданию дискриминационных условий.

Хозяйствующий субъект, в соответствии с пунктом 5 статьи 4 Закона о защите конкуренции – это коммерческая организация, некоммерческая организация, осуществляющая деятельность, приносящую ей доход, индивидуальный предприниматель, иное физическое лицо, не зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, но осуществляющее профессиональную деятельность, приносящую доход, в соответствии с федеральными законами на основании государственной регистрации и (или) лицензии, а также в силу членства в саморегулируемой организации.

Из конституционных принципов правового государства, равенства и справедливости вытекает обращенное к законодателю требование определенности, ясности, недвусмысленности правовой нормы и ее согласованности с системой действующего правового регулирования.

Следовательно, независимо от места регистрации и фактического осуществления предпринимательской деятельности, хозяйствующие субъекты равны между собой.

Целями Закона о защите конкуренции являются обеспечение единства экономического пространства, свободного перемещения товаров, свободы экономической деятельности в Российской Федерации, защита конкуренции и создание условий для эффективного функционирования товарных рынков.

Следовательно, создание для отдельных категорий хозяйствующих субъектов

необоснованных предпочтений недопустимо в условиях рыночной экономики, поскольку такие действия приводят к созданию неравных условий осуществления предпринимательской деятельности на отдельных товарных рынках.

В соответствии с пунктом 8 статьи 4 Закона о защите конкуренции дискриминационные условия — это условия доступа на товарный рынок, условия производства, обмена, потребления, приобретения, продажи, иной передачи товара, при которой хозяйствующий субъект или несколько хозяйствующих субъектов поставлены в неравное положение по сравнению с другими хозяйствующими субъектами.

Таким образом, под созданием неравных условий понимается формирование неравного подхода к приобретателям идентичного по своей природе, содержанию и объему блага, которым в данном случае является возмещение затрат, возникших в связи с осуществлением медицинской деятельности в рамках территориальной программы ОМС.

Такая дискриминация может привести к ухудшению показателей хозяйственной деятельности отдельных медицинских организаций Удмуртской Республики, что является предпосылкой к её прекращению и уходу с рынка оказания медицинских услуг в Удмуртской Республике, что в силу пункта 17 статьи 4 Закона о защите конкуренции является признаком ограничения конкуренции на товарном рынке.

Учитывая вышеизложенное, в действиях Комиссии ТФОМС УР установлены признаки нарушения пункта 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, выразившиеся в необоснованном перераспределении объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» в 2022 году, в частности сокращении объемов медицинской помощи для ООО «ЦРЗ», как медицинской организации, не имеющей прикрепленного населения, в пользу иных медицинских организаций, а также выразившиеся в применении непрозрачного механизма распределения объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, что привело к созданию дискриминационных условий на рынке оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС, поставив ООО «ЦРЗ» в неравное положение с иными медицинскими организациями, оказывающими медицинские услуги в рамках территориальной программы ОМС.

В соответствии с частью 2 статьи 39.1 Закона о защите конкуренции предупреждение выдается в случае выявления признаков нарушения статьи 15 Закона о защите конкуренции. Принятие антимонопольным органом решения о возбуждении дела о нарушении статьи 15 Закона о защите конкуренции без вынесения предупреждения и до завершения срока его выполнения не допускается.

В соответствии с п. 3.4 Порядка выдачи предупреждения о прекращении действий (бездействия), которые содержат признаки нарушения антимонопольного законодательства, утвержденного Приказом ФАС России от 22.01.2016 №57/16, при условии выполнения предупреждения дело о нарушении антимонопольного законодательства не возбуждается, и лицо, выполнившее предупреждение, не подлежит административной ответственности за

нарушение антимонопольного законодательства в связи с его устранением.

Принимая во внимание факт установления признаков нарушения антимонопольного законодательства, Удмуртское УФАС России предупреждает Комиссию по разработке территориальной программы по ОМС в Удмуртской Республике о необходимости, в течении 30 дней со дня получения предупреждения, прекращения действий (бездействия), которые содержат признаки нарушения антимонопольного законодательства, путем осуществления действий, направленных на недискриминационное распределение объёмов оказания медицинской помощи между медицинскими учреждениями, осуществляющими деятельность на рынке оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС, а именно:

1) обеспечить разработку и реализацию механизма (системы) распределения объёмов оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики, предусматривающего для Комиссии по разработке территориальной программы по ОМС в Удмуртской Республике объективные критерии распределения объёмов оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики с учетом их комплексного применения;

2) перераспределить объёмы оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», выделенные на 2022 год, на недискриминационных условиях с применением критериев, закреплённых действующим законодательством, с приложением доказательств, подтверждающих обоснованность распределения объёмов оказания медицинской помощи.

О выполнении предупреждения сообщить в Удмуртское УФАС России в течение трех дней со дня окончания срока, установленного для его выполнения.

Руководитель управления

<...>